

S.COMÚN						
S. ALEMÁN						
PAPERAS						
VARICELA						

Este certificado es válido hasta la fecha: _____

() Certifico que he recibido el récord de vacunación de este estudiante y lo he transcrito correctamente.

Nombre (letra de molde)

Firma y Título de MD / RN Núm. Licencia Fecha

() Certifico que este estudiante está adecuadamente vacunado de acuerdo con los requisitos mínimos establecidos para asistir a la escuela.

Este documento deberá de ser entregado al estudiante en caso de que éste se transfiera a otra escuela.

CUALQUIER ALTERACIÓN EN ESTE CERTIFICADO INVALIDARA EL MISMO.

P-VAC-3
Rev. 08/02

EL P-VAC-3 SERA USADO PARA:

1. TODO NIÑO QUE INGRESA A UN CENTRO DE CUIDADO DIURNO O HEAD START DEBE TENER COMO REQUISITO:
 - > (1) DTP/DTaP, (1) Polio, (1) HbCV, (1) PCV*, (1) Hep. B; si el niño tiene de 2 a 3 meses
 - > (2) DTP/DTaP, (2) Polio, (2) HbCV, (2) PCV*, (2) Hep. B; si el niño tiene de 4 a 5 meses
 - > (3) DTP/DTaP, (3) Polio, (3) HbCV, (3) PCV*, (3) Hep. B; si el niño tiene de 6 a 11 meses
 - > (3) DTP/DTaP, (3) Polio, (3) HbCV, (3) Hep.B, (1) MMR, y (1) VAR; si el niño tiene 12 meses
 - > (4) DTP/DTaP, (3) Polio, (4) HbCV, (4) PCV*, (3) Hep. B, (1) MMR y (1) VAR; si el niño tiene de 15 meses en adelante
2. TODO NIÑO QUE INGRESE A UNA INSTITUCIÓN ESCOLAR DEBE TENER COMO REQUISITO MÍNIMO: